

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Conditions générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## **Pharmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **Ophtalmologie et Biologie :**

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## **Optique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **Education :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **Prothétique :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## **Déclaration de Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## **Adresses Mails utiles**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0022810**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

#### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : **7368** Société : **Royal AIR MAROC**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **OUAKKADI HOUSSNI** Date de naissance : **04-10-67**

Adresse : **23 LS. HAJ FATEH OULFA CASABLANCA**

Tél. : **06.68.86.39.44** Total des frais engagés : **571.60** Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

##### **Cachet du médecin :**

Date de consultation : **08/06/19**

Nom et prénom du malade : **OUAKKADI F. ZAHIA** Age : **52**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Aff. - Hypertension**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **EDUCATION ALLERGIE ANGIO**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CHP** Le : **02/09/19**

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Palierment des Actes
08.06			250 DZAR FÉDIA Im- Sidi	JUANI ALLEGORO Communaute Abderrahmane Zemmour- Casablanca
2019				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STEPAH 14, Hajjaouia Bla... - Tel: 0522 93 00 00	08/06/10	321.60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

- Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# CABINET DE PEDIATRIE ET D'ALLERGOLOGIE

## عيادة طب الأطفال و الحساسية

Docteur Abdelkhalek ZAHOUANI

Spécialiste en Pédiatrie et Allergologie

Asthme - Allergies dermatologiques et Alimentaires

Lauréat du C.H.U. Averroes

Ancien Chef de Service

الدكتور عبد الخالق زهوانى

اختصاصي في طب الأطفال والرضع

الحساسية الجلدية والغذائية

خريج المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيس مصلحة سابقا

08 JUIN 2019

107.20 x 3

Doktor Abdellah Fehza

- Doktor Abdellah Fehza

SV

100%

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Oreloxy 40mg/5ml susp fl 100  
P.P.V : 107,20 DH  
6 118001 080625

21

X 8

- Betadine-sympac pour faire une

injection

2 fl x 15

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Oreloxy 40mg/5ml susp fl 100  
P.P.V : 107,20 DH  
6 118001 080625

321.60

STERILE SYRINGE HAMZA  
Lote. Haf ratsh Rte 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

ZAHOUANI Abdelkhalek  
PEDIATRIE ALLERGOLOGIE  
Im. Communale -Angle Bd.  
Sidi Abderrahmane & Route  
d'Azemmour - Casablanca  
0522 91 43 33 / 06 63 48 11 21

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Oreloxy 40mg/5ml susp fl 100  
P.P.V : 107,20 DH  
6 118001 080625

عمارة الجماعة - زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و طريق أزمور

الطابق الأول رقم 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 91 43 33 / 06 63 48 11 21

E-mail : abd.zahouani@gmail.com